



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Zamiast zakończenia : świadomość zdrowotna i umiejętności życiowe kobiet w świetle problemów zdrowia psychospołecznego - wybrane aspekty

Author: Joanna Bulska

Citation style: Bulska Joanna. (2013). Zamiast zakończenia : świadomość zdrowotna i umiejętności życiowe kobiet w świetle problemów zdrowia psychospołecznego - wybrane aspekty W: J. Bulska (red.), "O potrzebie edukacji zdrowotnej kobiet : w świetle badań społeczno-pedagogicznych" (s. 165-181). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Joanna Bulska

Zamiast zakończenia

Świadomość zdrowotna i umiejętności życiowe kobiet w świetle problemów zdrowia psychospołecznego – wybrane aspekty

Pomimo zadowolenia Polaków ze stanu zdrowia, jak wynika z ostatnich badań¹, „**sytuacja zdrowotna ludności Polski jest gorsza niż w krajach Europy Zachodniej**, co przejawia się niższą średnią długością życia i gorszym stanem zdrowia”², a konsekwencji – złym samopoczuciem. Sytuacja społeczeństwa polskiego zatem budzi nadal niepokój, a krzewienie działań profilaktycznych i popularyzowanie bezpiecznych wzorów zdrowotnych wydaje się wciąż niewystarczające³.

Średni czas trwania życia kobiet, podobnie jak mężczyzn, jest zróżnicowany regionalnie. Najkrócej żyją mieszkanki województwa łódzkiego (79,5 lat), natomiast najdłużej mieszkanki województwa podkarpackiego. Kobiety dożywają tam wieku 82 lat⁴. Wyniki analiz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dla wszystkich krajów świata z wykorzystaniem wskaźnika zdrowia Healthy Life Expectancy (HALE) wskazują, że „w zdrowiu obecnie Polacy żyją przeciętnie

¹ CBOS. *Komunikat z badań. Zadowolenie Polaków ze stanu swojego zdrowia w 2010 roku*. Dostępne w Internecie: www.zdrowiepolakow.pl [data dostępu: 20.03.2012].

² M. KORZENIEWSKA, U. NOWAKOWSKA: *Zdrowie kobiet*. W: *Kobiety w Polsce 2003. Raport Centrum Praw Kobiet*. Warszawa: Fundacja „Centrum Praw Kobiet”, 2003, s. 199. Dostępne też w Internecie: www.cpk.org.pl [data dostępu: 14.01.2012].

³ J. BULSKA: *Wprowadzenie*. W: *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi. Pedagogiczne konteksty badawcze*. Red. J. BULSKA. Kraków: Impuls, 2008, s. 11.

⁴ GUS. *Trwanie życia w 2011 r. Informacje i opracowania statystyczne*. Oprac. L. RUTKOWSKA. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych, 2012, s. 12.

64,3 lat (62,1 mężczyźni i 66,6 lat kobiety), czyli o ok. 6,1 lat krócej niż mieszkańcy innych krajów UE. Polscy mężczyźni żyją obecnie tak długo, jak mieszkańcy Unii blisko ćwierć wieku temu. W przypadku kobiet różnice są trochę mniejsze, gdyż przesunięcie w czasie wynosi 18 lat⁵. **Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są „najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej; najdłużej natomiast żyją mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi”⁶.** Przeciętny czas trwania życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet w Polsce w stosunku do rozwiniętych krajów, szczególnie położonych w zachodniej części Europy oraz w krajach skandynawskich, jest o kilka lat krótszy. Analizując **umieralność kobiet w wieku reprodukcyjnym w Polsce**, odnotowano w 2006 roku, iż jest wyższa niż w większości krajów Unii Europejskiej. Jest natomiast porównywalna z Węgrami i krajami nadbałtyckimi, tj. Litwą, Łotwą, Estonią. Okazuje się, że zagrożenie życia polskich kobiet jest prawie 50% większe niż w Szwecji i Austrii, gdzie umieralność należy do najniższych w krajach Unii⁷. „Najdłużej żyją mężczyźni w Szwajcarii i Islandii (prawie 80 lat); najkrócej w Rosji i na Ukrainie – poniżej 62 lat. Wśród kobiet za długowieczne można uznać Francuzki, Hiszpanki, Szwajcarki i Włoszki. Przeciętne trwanie ich życia wynosi co najmniej 85,3 lata. Najkrócej w Europie żyją Mołdawianki, Ukrainki i Rosjanki – poniżej 74 lat [...]. Natomiast spośród krajów pozaeuropejskich wśród kobiet najdłużej żyją Japonki – 86 lat, czyli o rok dłużej niż Europejki, cieszące się najkorzystniejszymi parametrami trwania życia. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (czerwiec 2012) w świecie najkrócej żyją mieszkańcy Czadu (mężczyźni – 49 lat, kobiety – 48 lat) oraz Zambii (odpowiednio 46 i 50 lat)”⁸.

Na zróżnicowanie długości życia istotny wpływ wywierają **czynniki społeczne**. **Wykształcenie** jest bodźcem silnie różnicującym poziom umieralności kobiet. „Współczynnik zgonów kobiet w wieku 20–49 lat o wykształceniu podstawowym ukończonym jest sześciokrotnie wyższy niż kobiet o wykształceniu powyżej średniego”⁹. Okazuje się, że „osoby w wieku 25 lat z wykształceniem powyżej średniego mogą oczekiwać,

⁵ B. MOSKALEWICZ, B. BALIŃSKA: *Zdrowie*. W: *Polityka równości płci. Polska 2007. Raport*. Red. B. CHOŁUJ. Warszawa: UNDP, 2007, s. 61.

⁶ B. WOJTYNIAK, J. STOKWISZEWSKI, W. SEROKA: *Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej*. W: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Red. B. WOJTYNIAK, P. GORYŃSKI. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2008, s. 8.

⁷ B. WOJTYNIAK: *Umieralność kobiet w wieku 15–49 lat*. W: *Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006*. Warszawa: UNDP, 2007, s. 41.

⁸ GUS. *Trwanie życia w 2011 r. ...*, s. 25.

⁹ B. WOJTYNIAK: *Umieralność kobiet w wieku 15–49 lat...*, s. 32.

że będą żyły dłużej niż osoby o wykształceniu podstawowym o ok. 13 lat w przypadku mężczyzn i ok. 9 lat w przypadku kobiet¹⁰. Wykształcenie wpływa również na poziom umieralności spowodowanej chorobami nowotworowymi – „kobiety o wykształceniu podstawowym umierają prawie pięciokrotnie częściej niż te, które mają wykształcenie powyżej średniego”¹¹.

Pomimo iż umieralność z powodu **chorób układu krążenia** uwarunkowana wieloma czynnikami społeczno-kulturowymi wykazuje tendencję spadkową, nadal jest zaliczana do głównych przyczyn zgonów wśród kobiet powyżej 65. roku życia. Jeden z nich wiąże się z niezdrowym trybem życia, często spowodowanym przede wszystkim nadmiernym obciążeniem kobiety pracą w domu i różnymi obowiązkami rodzinnymi, połączonymi z koniecznością godzenia tego z pracą zawodową. Chroniczny brak czasu dla siebie negatywnie wpływa na kondycję fizyczną i psychiczną. Inna grupa przyczyn zwiększająca ryzyko zachorowalności zwłaszcza na choroby układu krążenia wynika z postępujących od 40. roku życia zmian ogólnoustrojowych w organizmie kobiety, związanych z czynnością hormonalną jajników. Okazuje się, że „po menopauzie co drugiej kobiecie grozi zawał serca, natomiast wylew krwi do mózgu – co dziesiątej”¹². Zagroženiem dla życia są **nowotwory złośliwe**, szczególnie dla kobiet pomiędzy 35. a 64. rokiem życia, dla których stanowią najważniejszą przyczynę ich przedwczesnych zgonów. Najczęstszymi groźnymi nowotworami dla kobiet są: rak sutka, rak szyjki macicy, rak trzonu macicy oraz nowotwór złośliwy oskrzela i płuca¹³. Podobnie **wypadki komunikacyjne i samobójstwa**, zaliczane do bodźców zewnętrznych, pomimo tendencji spadkowej również należą do głównych czynników zagrożenia zdrowia i życia. W obecnych czasach obserwuje się także niekorzystne zmiany w zakresie zdrowia psychospołecznego¹⁴. „Chemiczna aktywność organizmu i warunki zewnętrzne kobiety sprawiają, że na **depresję** cierpią prawie dwa razy więcej niż mężczyźni”¹⁵. Wynika to z faktu, że zapadają one na wszystkie postacie depresji, na które mogą cierpieć mężczyźni, i dodatkowo chorują na depresje charakterystyczne tylko dla nich, czyli: poporodową, przedmiesiączkową i związaną z klimak-

¹⁰ B. WOJTYNIAK, J. STOKWISZEWSKI, P. GORYŃSKI, A. POZNAŃSKA: *Długość życia i umieralność ludności Polski*. W: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski...*, s. 37.

¹¹ B. WOJTYNIAK: *Umieralność kobiet w wieku 15–49 lat...*, s. 34.

¹² M. KORZENIEWSKA, U. NOWAKOWSKA: *Zdrowie kobiet...*, s. 217.

¹³ B. MOSKALEWICZ, B. BALIŃSKA: *Zdrowie...*, s. 62.

¹⁴ www.mz.gov.pl/npz.pdf [data dostępu: 29.11.2011].

¹⁵ A. SOLOMON: *Anatomia depresji. Demon w środku dnia*. Przeł. J. BARTOSIK. Poznań: Zysk i S-ka, 2004, s. 185.

terium¹⁶. U kobiet „dziesięciokrotnie częściej występują zaburzenia depresyjne, lękowe, pod postacią somatyczną, zaburzenia odżywiania. Częściej niż mężczyźni sięgają po środki nasenne i uspokajające”¹⁷. Depresja to poważny problem pociągający za sobą dylematy psychospołeczne, często trwające przez długi okres czasu, nawet po 2 latach od czasu uzyskania remisji. Można zaobserwować „znaczne upośledzenie w zakresie kontaktów z przyjaciółmi i członkami rodziny, aktywności rekreacyjnych, aktywności seksualnej oraz ogólnej satysfakcji z życia”¹⁸. Należy podkreślić, że pomimo niższego współczynnika umieralności kobiety cierpią na więcej dolegliwości niż mężczyźni. Są podatne na choroby o ostrym przebiegu oraz na **choroby chroniczne**. Częściej korzystają z pomocy medycznej i częściej poddawane są zabiegom chirurgicznym¹⁹. Lista problemów zdrowotnych, z jakimi zmagają się obecnie kobiety, jest znacznie dłuższa. Na zły stan zdrowia ma wpływ nie tylko wspomniany wcześniej brak wykształcenia, ale dodatkowo: ubóstwo, rosnąca skala emigracji, warunki pracy czy też jej brak, zamieszkiwanie w regionie z gorszymi wskaźnikami jakości środowiska naturalnego i taką infrastrukturą, w której dostęp do placówek opieki zdrowotnej jest utrudniony²⁰. Lista potencjalnych zagrożeń dla zdrowia kobiet obejmuje wiele problemów natury psychospołecznej. Jednym z nich, który znacznie obniża jakość życia, a nawet często doprowadza do śmierci, jest nadal praktykowana **przemoc wobec kobiet**. Badania z 2007 roku pokazują²¹, że w Polsce ok. 800 tys. kobiet rocznie doznaje przemocy, a ok. 150 Polek rocznie ginie w wyniku tzw. nieporozumień domowych.

Chociaż w ciągu dekad **średnia długość życia kobiety** uległa znacznemu wydłużeniu (w stosunku do roku 1990 kobiety żyją o 5,7 lat dłużej²²), zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne w ostatnich latach w Polsce i na świecie przyniosły z sobą nowe zagrożenia dla zdrowia wielu ludzi. Pomimo jednak zauważalnych pozytywnych zmian przeciętnego trwania życia przed Polkami i Polakami długa droga do świadomego rozwoju szeroko pojętej nowoczesnej edukacji zdrowotnej. Dzięki niej może nastąpić podniesienie poziomu wiedzy dotyczącej

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ K. KOTRYS: *Depresja u kobiet – wybrane aspekty*. „Lekarz” 2004, nr 8–9, s. 88.

¹⁸ M.B. KELLER: *Długotrwałe leczenie depresji*. „Wiadomości Psychiatryczne” 2001, nr 1, T. 4, s. 5.

¹⁹ C.M. RENZETTI, D.J. CURRAN: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*. Przeł. A. GROMKOWSKA-MELOSİK. Warszawa: PWN, 2008, s. 525–526.

²⁰ www.mz.gov.pl/npz.pdf [data dostępu: 29.11.2011].

²¹ Cyt. za: B. GRUSZCZYŃSKA: *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawno-kryminologiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2007.

²² GUS. *Trwanie życia w 2011 r. ...*, s. 11.

zdrowia i umiejętności odnoszących się do prozdrowotnego stylu życia w celu zamierzonej kontroli własnego zdrowia, a tym samym zwiększenia skuteczności oddziaływania na różnych poziomach organizacji życia społecznego.

Zdrowotność kobiet jest ściśle powiązana z ich **statusem społecznym**. Problemy często wynikają z dyskryminacji ze względu na płeć w postaci niższego wynagrodzenia dla kobiet czy ich zależności ekonomicznej od mężczyzn. Jednocześnie, nierówny podział obowiązków domowych, w trakcie wykonywania których kobiety opiekują się dziećmi lub osobami chorymi i starszymi, niekorzystnie wpływa na ich samopoczucie²³.

Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997 roku, a konkretnie art. 68, ustęp 1, zapewnia obywatelom najlepsze warunki zdrowotne, które gwarantuje każdemu człowiekowi **prawo do ochrony zdrowia**²⁴. Dlatego też do obecnej polityki zdrowotnej państwa należy zapewnienie dostępu do świadczeń²⁵. Jej efektywność jest możliwa jedynie przy założeniu, iż „polityka zdrowotna to integralny element polityki społecznej oraz całokształt działań podejmowanych przez państwo i społeczeństwo w celu zapewnienia najlepszej ochrony zdrowia kobietom oraz mężczyznom z myślą o zdrowiu przyszłej populacji”²⁶. Gwarantuje najlepsze warunki zdrowotne dla człowieka. Z uwagi na to służba zdrowia powinna realizować następujące działania profilaktyczne przez:

- „ciągłą obserwację sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, prowadzoną przez stacje sanitarno-epidemiologiczne i administrację państwową;
- analizę dokumentacji dotyczącej zdrowia, tworzonej w szpitalach, sanatoriach itd. oraz wnioskowanie co do czynności profilaktycznych na podstawie wyników analiz;
- kontrolę planowania i wykonywania czynności profilaktycznych przez specjalistyczne działy, takie jak oświata zdrowotna, zabezpieczenie higieny wody i żywienia;
- walkę o naturalne warunki środowiska życia i walkę z zanieczyszczeniem środowiska;
- przesiewowe badania ludności;
- organizację całokształtu działalności zapobiegawczej na terenie kraju i wpływ na sąsiadów z zagranicy, np. wykłady o zdrowiu dla studentów studiów niemedycznych;

²³ E. ZIELIŃSKA, W. NOWICKA: *Zdrowie kobiet w Polsce. W: Raport. Kongres Kobiet Polskich 2009. Kobiety dla Polski. Polska dla kobiet.* Red. J. PIOTROWSKA, A. GRZYBEK. Warszawa: Fundacja „Feminoteka”, 2009, s. 274.

²⁴ www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon.1.htm [data dostępu: 19.01.2012].

²⁵ B. MOSKALEWICZ, B. BALIŃSKA: *Zdrowie...*, s. 67.

²⁶ Ibidem.

– indywidualne rozmowy lekarzy z osobami zagrożonymi określoną chorobą”²⁷.

Ograniczenia w dostępie polskich pacjentów do nowoczesnej medycyny można przypisywać światowemu kryzysowi gospodarczemu. Jednak trudności gospodarcze nie powinny być usprawiedliwieniem dla „ograniczeń do świadczeń zdrowotnych, zarówno tych powszechnie wykonywanych, jak i tych nowoczesnych, ulepszonych i zmodernizowanych, warunkujących realny postęp w ratowaniu życia i zdrowia”²⁸. Jakiegokolwiek problemy nie powinny ograniczać potęgowania naszego zdrowia, dla którego znaczącą rolę odgrywa **promocja zdrowia** (jej punktem wyjścia jest zdrowie, a celem pomnażanie rezerw i zdrowotnego potencjału) i **prewencja chorób** (punktem wyjścia jest choroba, a celem zapobieganie występowaniu schorzeń)²⁹.

Choroba, która może być reakcją na omawiane trudności badanych w niniejszej książce respondentek, jest w stanie w znacznym stopniu obniżyć ich funkcjonowanie i nastrój, a w rezultacie doprowadzić do poważnych problemów zdrowotnych w postaci **zaburzeń depresyjnych** powodujących inwalidztwo lub w najgorszym przypadku przedwczesną śmierć. Rozpoznanie **choroby**, traktowanej jako zaburzenie, oznacza „brak adaptacji na wielu poziomach, to nie tylko rezultat czynnika chorobowego, lecz również skutek niedostosowania organizmu do stresujących sytuacji uwarunkowanych własną osobowością i kontekstem społecznym”³⁰. Niekorzystne ograniczenia uzależnione są od schorzenia, wieku chorej osoby i, niewątpliwie, płci. Wśród niesprzyjających zmian znajdują się: „**fizjologiczne**, których efektem mogą być zmiany wyglądu, ograniczenia ruchu, siły, koordynacji, równowagi oraz upośledzenia odbioru bodźców zewnętrznych, **społeczne**, przejawiające się nieumiejętnością kontaktowania się z innymi ludźmi oraz zmiany **psychologiczne**, do których zaliczamy obawy, lęki, fobie, izolowanie się oraz depresję”³¹.

Warto zatem nieco przybliżyć najczęściej występujące problemy zdrowia psychospołecznego, jakimi są **zaburzenia depresyjne, na które**

²⁷ M. SYGIT: *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2010, s. 25.

²⁸ *Zwiększenie dostępu do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce. Raport Grupy Roboczej na rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej 2010*, s. 5. Dostępne w Internecie: www.cioz.pl [data dostępu: 14.01.2012].

²⁹ Z. SŁOŃSKA: *Promocja zdrowia – zarys problematyki*. W: *Wypisy z wychowania zdrowotnego*. Cz. 1. Red. W. WRONA-WOLNY, B. MAKOWSKA. Kraków: Akademia Wychowania Fizycznego, 2000, s. 73.

³⁰ J.C. ZORRAQUINO: *Depresja u dzieci i młodzieży*. Przeł. J. MASŁOŃ. Kraków: eSPe, 2002, s. 18.

³¹ T. SZEWCZYK: *Pedagogika zdrowia*. W: *Pedagogika*. T. 3: *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*. Red. B. ŚLIWERSKI. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2006, s. 344.

częściej chorują kobiety niż mężczyźni. Na podstawie wyników prognoz okazuje się, że do 2020 roku depresja stanie się najpowszechniej występującym zaburzeniem psychicznym³², również wśród kobiet.

Konsekwencje depresji dla kobiet można ująć w czterech podstawowych sferach życia, tj. uczucia, myśli, zachowania i funkcjonowanie fizyczne. Ponieważ choroba ta występuje z różnym nasileniem, bywają dni, kiedy u chorego można zauważyć trudności z wstaniem z łóżka i z innymi czynnościami w ciągu dnia, ale bywa i tak, że zarówno wstanie z łóżka, jak i wykonanie innych zadań staje się niemożliwe. Rozróżnienie myśli i uczuć jest bardzo ważne, ponieważ dzięki temu można coś zmienić w danej sytuacji, nawet kiedy towarzyszy nam poczucie zmęczenia. Inną sferą życia, w której objawia się depresja, jest zazwyczaj wycofywanie się z kontaktów z innymi ludźmi oraz unikanie ulubionych zajęć. Ważne, aby nauczyć się wyrażać złość i w razie potrzeby otwarcie prosić o **wsparcie** oraz nauczyć się **dokonywać wyborów** niezależnie od nacisków innych osób. Niebywale trudno stwierdzić, czy symptomy fizyczne są wynikiem depresji czy jej przyczyną, ciało i umysł są bowiem z sobą związane i biorą udział w tym, czego doświadczamy³³, np. w **smutku**, **żalu**, **rozczarowaniu** czy **rozpaczy**. **Jednak smutek nie jest tym samym, co depresja**. Albowiem różni się ona od zwykłego smutku kilkoma symptomami: „[...] jest dużo bardziej bolesna, trwa dłużej, uniemożliwia normalne życie, niszczy życie emocjonalne oraz wiąże się z całym zespołem objawów, które zaburzają życie towarzyskie, procesy myślowe, jak również funkcje biologiczne i powodują zmiany w zachowaniu”³⁴. **Depresja** oznacza dosłownie „obniżenie poziomu emocji”. Termin ten został wprowadzony do języka medycznego przez francuskiego psychiatrę Jules’a Gabriela François Baillargera w 1854 roku³⁵. Często popularnie nazywana jest „dołkiem”, jej cechą charakterystyczną jest to, że „początek i koniec tego stanu, czyli jego fazowość, okresowość i przemijanie to zwykle wiele dolegliwości psychicznych i fizycznych jednocześnie”³⁶. **Jako zjawisko indywidualne i społeczne** nie jest wyłącznie współczesną dolegliwość-

³² *Narodowy Program Zdrowia 2007–2015*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 2007, s. 20.

³³ L.P. FRANKEL: *Kobieta i depresja. Jak dotrzeć do swojej wewnętrznej siły*. Przeł. M. TRZEBIATOWSKA. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2003, s. 22–31.

³⁴ J. PRESTON: *Pokonać depresję*. Przeł. J. BARTOSIK. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005, s. 15.

³⁵ H. LÔO, T. GALLARDA: *Depresja*. Przeł. M. JAROSIEWICZ. Katowice: Książnica, 1999, s. 14.

³⁶ I. KOSZEWSKA, E. HABRAT-PRAGŁOWSKA: *O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju*. Warszawa: PZWL, 2007, s. 26.

cią³⁷. Janice Wood Wetzel opisuje „różne przypadki depresji, nawet sprzed dwóch tysięcy lat. Ponadto zauważa w *Starym Testamencie* coś, co dziś nazwalibyśmy aktami samobójczymi i symptomami depresji”³⁸.

Aktualne odkrycia naukowe wskazują, iż zaburzenia depresyjne wiążą się z **zaburzeniami neuroplastyczności w różnorodnych obszarach mózgu** odpowiedzialnych za nastrój i emocje³⁹. **Obniżenie nastroju** odczuwamy jako „brak umiejętności cieszenia się, martwienie się wszystkim, uczucie przygnębienia, spostrzeganie świata w czarnych kolorach, jak również brak uczuć czy obojętność. Niemożność przeżywania uczuć przyjemności i radości jest jednym z podstawowych objawów depresji”⁴⁰. Wówczas, gdy uczucie przygnębienia i martwienia się trwa np. ponad 3 miesiące i powoduje trudności w codziennym funkcjonowaniu – mówimy o **zaburzeniu depresyjnym**. Depresję reaktywną rozpoznajemy wtedy, gdy objawy powodują dezorganizację życia, są istotnie nasilone i związane z ważnym wydarzeniem. Zdarza się, że gorsze radzenie sobie z obowiązkami rozciąga się na okres ponad 2 lat, co może świadczyć o zaburzeniach dystymicznych. Wówczas takie objawy, jak: poczucie przewlekłego zmęczenia, niemożność cieszenia się, niska samoocena, mogą **utrudniać wykonywanie podstawowych obowiązków domowych, a nawet zawodowych**⁴¹. Natomiast, jeżeli nie potrafimy uporać się z trudnym zdarzeniem czy okolicznością w naszym życiu, np. śmiercią kogoś bliskiego, kogo kochamy, czy też wiadomością o własnej lub kogoś bliskiego śmiertelnej chorobie, wycofujemy się w depresję reaktywną⁴². **Obniżona aktywność** czy jej brak dotyczy przede wszystkim: „spowolnienia myślenia i tempa wypowiedzi, obniżenia sprawności koncentracji uwagi i przypominania, obniżenia szybkości i łatwości podejmowania najprostszych decyzji aż do całkowitej niemożności ich podejmowania, zwolnienia reakcji i spowolnienia ruchów oraz utraty energii, sił i uczucia przewlekłego zmęczenia fizycznego”⁴³. **Objawem** depresji może być: „smutek, ospałość, drażliwość, wycofywanie się, krzyk, gniew, utrata lub przyrost wagi, brak koncentracji, gwałtowne zmiany nastroju, nadmierna wrażliwość na krytykę, poczucie winy, poczucie beznadziejności, wybuchy płaczu, poczucie nieudolności, zmieniony rozkład snu – albo budzenie

³⁷ A. SOLOMON: *Anatomia depresji...*, s. 37.

³⁸ Cyt. za: L.P. FRANKEL: *Kobieta i depresja...*, s. 20.

³⁹ J.P. OLIÉ, J.P. MACHER, J.A. COSTA E SILVA: *Neuroplastyczność. Patofizjologia depresji w nowym ujęciu*. Gdańsk: Via Medica, 2004, s. 13.

⁴⁰ I. KOSZEWSKA, E. HABRAT-PRAGŁOWSKA: *O depresji, o manii...*, s. 27.

⁴¹ Ibidem, s. 28.

⁴² S. ATKINSON: *Jak wydobyć się z depresji*. Przeł. J. RADZICKI. Warszawa: PWN, 2006, s. 30.

⁴³ I. KOSZEWSKA, E. HABRAT-PRAGŁOWSKA: *O depresji, o manii...*, s. 29.

się bardzo wcześnie, albo niemożność uśnięcia, brak zainteresowania jedzeniem – lub przejadanie się jako rodzaj pociechy oraz niepohamowane uczucia zupełnej rozpacz⁴⁴. Często osoby przeżywające depresję uważają taki stan za oznakę lenistwa, co wyzwała poczucie winy i może nasilać myśli o samobójstwie⁴⁵.

Depresja wiąże się z całościowym funkcjonowaniem człowieka, dotyczy jego „kondycji fizycznej, jego nastrojów, uczuć i myślenia, pociąga za sobą **problemy z funkcjonowaniem w środowisku społecznym**, przyczynia się do powstania fałszywego obrazu samego siebie i tak dalece odczuwanej bezradności, że człowiek nie oczekuje już żadnej pomocy z zewnątrz ani jej do siebie nie dopuszcza⁴⁶. Depresja wpływa również na **relacje społeczne i rodzinne**. Marian Ledwoch, przytaczając liczne badania, wykazuje, iż „stres związany z istnieniem małżeńskich konfliktów ma istotny związek z depresją. Bowiem konflikty małżeńskie są nie tylko dużym stresem życiowym, ale stanowią dodatkowo czynnik pozbawiający małżonków ich głównego źródła oparcia⁴⁷. Pięcioletnie badania wśród osób przeżywających depresję, przeprowadzone przez Andrzeja Ziębę i współpracowników, ujawniły najczęstsze problemy badanych. Uskarżali się oni na: „brak zrozumienia i tolerancji objawów depresji ze strony partnera, brak poczucia bezpieczeństwa i akceptacji ze strony partnera, oddalenie emocjonalne i brak wzajemnego oparcia oraz poczucie osamotnienia i izolacji społecznej widocznej w braku przyjaciół i oparcia w rodzinie, pogorszeniu się interpersonalnych relacji z otoczeniem⁴⁸. Studia dotyczące poznawczego funkcjonowania osób w depresji jednoznacznie wskazują „systematyczne uwrażliwianie tych osób na negatywne treści docierające z otoczenia⁴⁹. Owa tendencyjność procesów poznawczych jest zauważalna w uwadze, pamięci i rozumowaniu, a więc we wszystkich postaciach przetwarzania informacji. Taka sytuacja sprzyja tworzeniu negatywnych myśli o sobie, przyszłości i świecie⁵⁰. Już badania w latach siedemdziesiątych XX wieku, przeprowadzone wśród „kobiet zamieszkujących robotnicze dzielnice Londynu, ujawniły, że brak intymnego, opartego na zaufaniu związku z partnerem może okazać się czynnikiem pre-

⁴⁴ S. ATKINSON: *Jak wydobyć się...*, s. 20–21.

⁴⁵ I. KOSZEWSKA, E. HABRAT-PRAGŁOWSKA: *O depresji, o manii...*, s. 29.

⁴⁶ B. NEUMANN, D. DIETRICH: *Depresja nie jest przeznaczeniem*. Przeł. U. POPRAWSKA. Kraków: WAM, 2007, s. 9.

⁴⁷ M. LEDWOCH: *Egzystencjalne aspekty depresji*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 2005, s. 55.

⁴⁸ Cyt. za: ibidem, s. 57.

⁴⁹ J. JOORMANN, I. KREJTZ, G. SĘDEK: *Deficyty poznawcze w depresji – rola procesów hamowania*. W: *Podpatrywanie myśli i uczuć*. Red. M. FAJKOWSKA, M. MARSZAŁ-WIŚNIEWSKA, G. SĘDEK. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2006, s. 148.

⁵⁰ Ibidem.

dysponującym niektóre osoby do depresji”⁵¹. Prowadzone od 1975 roku intensywne badania pokazują, iż osoby depresyjne mają znacznie mniej rozbudowaną **sieć kontaktów społecznych** niż te, które nie doświadczyły żadnych objawów depresji. Wskazują, że „nawet, gdy osoby depresyjne utrzymują normalny poziom **interpersonalnych relacji**, to ich kontakty z innymi są najczęściej powierzchowne oraz cechuje je mniejsza liczba emocjonalnie znaczących relacji niż ma to miejsce u osób zdrowych”⁵².

Zdarza się, że jedynymi **objawami depresji** są **objawy somatyczne**, do których można zaliczyć: „utrata apetytu, a nawet zupełny jego zanik, połączony z chudnięciem, częste nadmierne jedzenie słodczy, spadek zainteresowania seksem aż do jego zupełnego zaniku, dolegliwości sercowo-naczyniowe (np. przyspieszone bicie serca), zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nadmierne pocenie się, suchość w ustach, zawroty głowy, bóle głowy i kończyn lub dziwaczne spostrzeganie własnego ciała”⁵³. Depresja może być też jedną z konsekwencji następujących chorób somatycznych:

- „choroby mózgu – choroba Parkinsona, Alzheimer, Huntingtona (dziedziczna choroba neurodegeneracyjna), wodogłowie, guzy mózgu, urazy czaszki i mózgu, infekcje ośrodkowego układu nerwowego, stwardnienie rozsiane, epilepsja, migrena;
- choroby układu krążenia – choroba wieńcowa, choroba niedokrwienna mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca;
- choroby wynikłe z zaburzeń w gospodarce hormonalnej – nadczynność i niedoczynność tarczycy, nadczynność i niedoczynność przysadki, choroba Cushinga (nadczynność kory nadnerczy), choroba Addisona (przewlekła niedoczynność kory nadnerczy), cukrzyca, niedoczynność przysadki mózgowej;
- choroby autoimmunologiczne – toczeń, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie ścian tętnic;
- choroby płuc – przewlekła obturacyjna choroba płuc, zapalenie płuc;
- choroby infekcyjne – AIDS, mononukleoz, grypa, tyfus, wirusowe zapalenie płuc, zapalenie wątroby;
- choroby nowotworowe – nowotwory: trzustki, piersi, szyjki macicy, białaczka;
- choroby przemiany materii – zaburzenia funkcji wątroby albo nerek, brak witamin, takich jak: kwas foliowy, witamina B₁₂, witamina C, niacyna albo tiamina”⁵⁴.

⁵¹ M. LEDWOCH: *Egzystencjalne...*, s. 55.

⁵² Ibidem, s. 54.

⁵³ B. NEUMANN, D. DIETRICH: *Depresja nie jest...*, s. 15.

⁵⁴ Ibidem, s. 34.

Właściwie każda choroba somatyczna, w wyniku której można zaobserwować niepowodzenie, cierpienie i smutek bądź silny stres, łączy się z obniżeniem nastroju, a w konsekwencji może powodować problemy z funkcjonowaniem w środowisku społecznym.

John Preston do chorób somatycznych, które mogą być przyczyną depresji, zalicza również: niedożywienie, zespół przewlekłego zmęczenia, przewlekłe infekcje, np. gruźlica, klimakterium, poporodowe zmiany nastroju, zespół napięcia przedmiesiączkowego, syfilis oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego⁵⁵.

Ponieważ depresja może wkrótce stać się jedną z głównych **przyczyn poważnych problemów zdrowotnych** także kobiet, istnieje potrzeba poznania na jej temat wszystkich niezbędnych informacji, szczególnie przez osoby dotknięte tym schorzeniem i ich najbliższe środowisko.

Na zakończenie krótkiego przeglądu problemu warto zwrócić uwagę na **zaburzenia depresyjne w szczególnych sytuacjach życiowych kobiety**, takich jak:

- **zespół napięcia przedmiesiączkowego** (został zbadany i opisany w 1953 roku), któremu towarzyszy m.in.: rozdrażnienie, napięcie emocjonalne i stany depresyjne, spowodowany jest zmianami hormonalnymi⁵⁶;
- **depresja poporodowa**, na którą cierpi „jedna z 10–15 kobiet po urodzeniu dziecka. Oprócz hormonów znaczenie odgrywają tutaj skłonności dziedziczne, struktura osobowości kobiety, ciężkie przeżycia, jak śmierć kogoś bliskiego, a także sytuacja kobiety w rodzinie – brak wsparcia ze strony partnera czy najbliższego otoczenia w nowej sytuacji życiowej”⁵⁷. Przygnębienie poporodowe jest najbardziej powszechną odmianą łagodnych poporodowych zaburzeń nastroju i największe jego nasilenie występuje w okresie wzmożonych wahań hormonalnych, między 3. a 10. dniem po porodzie, ustępując ok. 14. dnia. Smutek poporodowy u 10–15% kobiet może zmienić się w pełnoobjawową depresję poporodową (połogową) w ciągu kolejnych 30 dni. Można stwierdzić, iż „niedodiagnozowanie depresji poporodowej sięga 50%, mimo częstych w tym okresie kontaktów z lekarzem”⁵⁸;
- **depresja okresu przekwitania**, zaliczana do najczęstszych objawów towarzyszących zmianom wywołanym rewolucją hormonalną, w której następują: „napady gorąca, potów, zaburzenia

⁵⁵ J. PRESTON: *Pokonać depresję...*, s. 50–51.

⁵⁶ B. NEUMANN, D. DIETRICH: *Depresja nie jest...*, s. 40–41.

⁵⁷ Ibidem, s. 41–42.

⁵⁸ K. KOTRYS: *Depresja u kobiet...*, s. 90.

snu, idące w parze z rozdrażnieniem, nastrojami depresyjnymi i lękami”⁵⁹;

- **depresja w wieku podeszłym** uwarunkowana jest oczywiście „wiekiem i współistnieje z wieloma chorobami somatycznymi i demencją. Może towarzyszyć cukrzycy, zaburzeniom sercowo-naczyniowym, chorobie Alzheimera i innym formom demencji”⁶⁰.

Zaburzenia depresyjne mogą pojawić się w konkretnych sytuacjach życiowych w wyniku niezwykle trudnych zmian zaistniałych w życiu kobiety.

Konsekwencje chorób, jak podkreśla Tadeusz Szewczyk, są „zagrożeniem dla społeczeństwa jako całości. Przejawiają się one w obciążających budżet państwa i gospodarstw indywidualnych kosztach leczenia, zmianie postaw wobec siebie i innych, ograniczeniu i zawężeniu aktywności jednostkowej i grupowej oraz skutkami ekonomicznymi – niemożnością lub ograniczeniem możliwości zarobkowania, przedwczesnymi zgonami i kalectwem wraz ze skutkami tych tragedii”⁶¹.

Aby zapobiec wielu schorzeniom, kobieta powinna obserwować nieprawidłowości, dbać o „prawidłowy stan własnego organizmu, brak choroby lub jej objawów”⁶² oraz stale nabywać wiadomości na temat fizjologii.

Analizując zjawisko choroby na podstawie socjologicznych koncepcji, można mówić o trzech wymiarach:

- **„obiektywnej patologicznej zmianie w organizmie**, wynikającej z przeprowadzonych badań lekarskich czy laboratoryjnych, odpowiadającej biologiczno-medycznej koncepcji choroby;
- **społecznej tożsamości choroby**, która staje się udziałem ludzi uznanych przez innych za chorych – niezdrowych lub określających się publicznie jako chorzy – niezdrowi, co skutkuje nadaniem etykiety »chory« i odmiennym traktowaniem niż osoby zdrowe;
- **subiektywnym uczuciu choroby**, polegającym na indywidualnej interpretacji i sposobie reagowania na przejawy choroby przy jednoczesnym najważniejszym znaczeniu samopoczucia człowieka”⁶³. Biorąc pod uwagę **obiektywną i subiektywną ocenę zdrowia**, należy podkreślić, że często różnią się one od siebie. Wówczas, kiedy orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia jest odmienne od subiektywnego odczucia, będącego indywidualną interpretacją, a znacznie bardziej

⁵⁹ B. NEUMANN, D. DIETRICH: *Depresja nie jest...*, s. 42–43.

⁶⁰ Ibidem, s. 45.

⁶¹ T. SZEWCZYK: *Pedagogika zdrowia...*, s. 344.

⁶² M. PRAWECKA: *Higiena życia codziennego*. W: *Zdrowie kobiety*. Red. I. Roszkowski. Warszawa: PZWL, 1983, s. 9.

⁶³ B. TOBIASZ-ADAMCZYK: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000, s. 33.

wpływającą na zmianę stylu życia niż opinia lekarska, wynikająca z obiektywnej profesjonalnej oceny stanu zdrowia, nie jesteśmy w stanie podejmować słusznych decyzji w sprawie własnego zdrowia.

Choroba jest zagrożeniem dla zdrowia i życia kobiety, a „świadomość i wiedza społeczeństwa polskiego dotycząca zdrowia oraz jego upowszechniania jest zdecydowanie niewystarczająca”⁶⁴. Celowe zatem i konieczne wydaje się rozpropagowanie i udostępnienie szeroko pojętej **promocji zdrowia**, „która mając za cel najwyższą wartość w postaci pozytywnego zdrowia, będzie poszukiwać oraz stosować wszelkie narzędzia i instrumenty indywidualne (jak edukacja) i elementy strukturalne (ekologiczne, podatkowe) oraz zmiany organizacyjne dla naszego zdrowia”⁶⁵. Krzewienie wiedzy o zdrowiu i **podnoszenie poziomu świadomości zdrowotnej oraz umiejętności z tym związanych**, a także kształtowanie nawyków mogą prowadzić do zachowań sprzyjających zdrowiu⁶⁶. Właściwy zasób wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych „niewątpliwie pomaga zrozumieć lepiej następstwa własnego postępowania, a badania kontrolne są ważnym ogniwem decydującym w kwestii skuteczności działań profilaktycznych”⁶⁷. Każda choroba wpływa niekorzystnie na **samopoczucie kobiety**, ponieważ z jednej strony utrudnia realizację własnych potrzeb, a z drugiej strony zmusza do tego, aby przystosować się do odmiennego niż dotychczas środowiska życia, które może oddziaływać przez nieokreślony czas. Biorąc pod uwagę różne sposoby patrzenia na chorobę, należy zauważyć, że może wystąpić efekt pesymizmu i smutku. Dlatego niezwykle ważne jest niezwłoczne **wsparcie osoby chorej** po to, aby wzbudzić w niej nadzieję i siłę do walki ze swoją dolegliwością. Choroba bowiem nie jest wyłącznie zjawiskiem medycznym i psychologicznym, ale również zjawiskiem społecznym. Traktowana w kontekście społecznym, na podstawie opracowanych w socjologii teorii choroby jako zjawiska społecznego, nieodzowna jest w pedagogice, co daje możliwość udzielenia wsparcia w sytuacjach stresujących i krytycznych, umożliwiającego przezwyciężenie trudności, w postaci pomocy społeczno-pedagogicznej.

⁶⁴ T.B. KULIK: *Koncepcja zdrowia w medycynie*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. T.B. KULIK, M. LATAJSKI. Lublin: Czelej, 2002, s. 19.

⁶⁵ J. FETLIŃSKA: *Wybrane zagadnienia z zakresu promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Czelej, 2008, s. 87.

⁶⁶ E. SYREK: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2008, s. 27.

⁶⁷ J. BULSKA: *Budowanie kompetencji zdrowotnych ludzi w środowisku ich życia. Propozycje metodyczne dla pedagogów, nauczycieli, wychowawców i pracowników medycznych, wskazówki dla rodziców*. Toruń: Akapit, 2008, s. 25.

Ogromną rolę odgrywa **wsparcie** emocjonalne, rzeczowe i duchowe, ale też informacyjne oraz instrumentalne, polegające na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach radzenia sobie z problemem zdrowotnym⁶⁸, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb, w tym płci, wieku i statusu społecznego. Konieczne wydaje się wobec tego stworzenie warunków do **szerzenia edukacji zdrowotnej z zakresu problemów (zaburzeń) zdrowia psychospołecznego wśród kobiet**, które tej wiedzy nie mają, a potrzebują jej pilnie, szczególnie w sferze: podnoszenia świadomości dotyczącej ochrony i doskonalenia zdrowia w kontekście kształtowania stylów życia korzystnych dla zdrowia psychospołecznego, poznania zagrożeń cywilizacyjnych oraz nabycia umiejętności ich rozpoznawania i radzenia sobie z nimi, poznania sposobów zmiany postawy wobec codziennych problemów, rozwijania umiejętności dostrzegania swoich mocnych i słabych stron, budowania pozytywnej samooceny, poznania znaczenia i możliwości wykorzystania umiejętności życiowych w rozwoju człowieka, uświadomienia sobie czynników wpływających na podejmowanie decyzji, kształtowania umiejętności rozpoznawania swojego samopoczucia oraz umiejętności radzenia sobie w sytuacjach silnego stresu. Przydatne wydaje się **podnoszenie świadomości i umiejętności dokonywania wyborów i samodzielnych działań** w celu uniknięcia choroby lub zminimalizowania jej skutków. Niezbędne zatem jest **włączenie nauczycieli edukacji zdrowotnej, promotorów (edukatorów) zdrowia** w prowadzenie działalności w zakresie ochrony i promocji zdrowia psychospołecznego w różnych instytucjach służby zdrowia, takich jak: szpital (szczególnie szpital promujący zdrowie), poradnie specjalistyczne i rodzinne, ośrodki rehabilitacyjne, lub w stowarzyszeniach bądź innych jednostkach mogących upowszechniać edukację zdrowotną. Istotne jest również, by proponowana edukacja zdrowotna zmierzała do tego, aby każda kobieta „chciała i umiała doskonalić, chronić i ratować zdrowie, wiedziała, kiedy i jak korzystać z proponowanej pomocy oraz posiadała poczucie odpowiedzialności szczególnie za zdrowie swoje, ale również bliskich ludzi, z którymi się styka w życiu osobistym”⁶⁹. **Podnoszenie świadomości zdrowotnej** kobiet – rozumianej jako kształtowanie wiedzy o zdrowiu i chorobach, której źródłem są: introspekcja zachowań innych ludzi, instytucje upowszechniające informacje z zakresu zdrowia oraz środki masowego przekazu⁷⁰ – jest podstawowym prawem, a nawet

⁶⁸ H. SĘK, R. CIEŚLAK: *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. SĘK, R. CIEŚLAK. Warszawa: PWN, 2006, s. 18–20.

⁶⁹ M. SYGIT: *Zdrowie publiczne...*, s. 26.

⁷⁰ Z. RATAJCZAK: *Model zachowania się człowieka wobec własnego zdrowia. Wnioski dla praktyki promocyjnej*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red.

obowiązkiem każdego człowieka, szczególnie w dobie zagrożeń ze strony chorób cywilizacyjnych.

* * *

Jednak, aby troska o zdrowie przyniosła oczekiwane efekty, **edukacja zdrowotna powinna być obecna w życiu kobiety od najmłodszych lat.** „Zdrowy rozwój w dzieciństwie, a tym samym niwelowanie zagrożeń zdrowotnych i społecznych służy nie tylko jednostce, ale również przyszłym pokoleniom, stając się nieocenionym zasobem rozwoju społecznego, kulturowego i ekonomicznego”⁷¹. Wówczas jest szansa na kształtowanie się prawidłowych zachowań zdrowotnych w procesie socjalizacji, najpierw w domu rodzinnym, potem w instytucjach edukacyjnych i medycznych, a także przez rówieśników i środki masowego przekazu, w stowarzyszeniach upowszechniających promocję zdrowia oraz przez obserwację otaczającego środowiska życia.

Bibliografia

- ATKINSON S.: *Jak wydobyć się z depresji*. Przeł. J. RADZICKI. Warszawa: PWN, 2006.
- BULSKA J.: *Budowanie kompetencji zdrowotnych ludzi w środowisku ich życia. Propozycje metodyczne dla pedagogów, nauczycieli, wychowawców i pracowników medycznych, wskazówki dla rodziców*. Toruń: Akapit, 2008.
- BULSKA J.: *Środowisko rodzinne w trosce o zdrowie dziecka*. Toruń: Akapit, 2012.
- BULSKA J.: *Wprowadzenie*. W: *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi. Pedagogiczne konteksty badawcze*. Red. J. BULSKA. Kraków: Impuls, 2008.
- FETLIŃSKA J.: *Wybrane zagadnienia z zakresu promocji zdrowia*. W: *Promocja zdrowia*. Red. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. Lublin: Czelej, 2008.
- FRANKEL L.P.: *Kobieta i depresja. Jak dotrzeć do swojej wewnętrznej siły*. Przeł. M. TRZEBIATOWSKA. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2003.
- GRUSZCZYŃSKA B.: *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawno-kryminologiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2007.
- GUS. *Trwanie życia w 2011 r. Informacje i opracowania statystyczne*. Oprac. L. RUTKOWSKA. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych, 2012.
- JOORMANN J., KREJTZ I., SĘDEK G.: *Deficyty poznawcze w depresji – rola procesów hamowania*. W: *Podpatrywanie myśli i uczuć*. Red. M. FAJKOWSKA, M. MARSZAŁ-WIŚNIEWSKA, G. SĘDEK. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2006.

I. HESZEN-NIEJODEK, Z. RATAJCZAK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1997, s. 58–59.

⁷¹ BULSKA J.: *Środowisko rodzinne w trosce o zdrowie dziecka*. Toruń: Akapit, 2012, s. 11.

- KELLER M.B.: *Długotrwałe leczenie depresji*. „Wiadomości Psychiatryczne” 2001, nr 1, T. 4.
- KORZENIEWSKA M., NOWAKOWSKA U.: *Zdrowie kobiet*. W: *Kobiety w Polsce 2003. Raport Centrum Praw Kobiet*. Warszawa: Fundacja „Centrum Praw Kobiet”, 2003.
- KOSZEWSKA I., HABRAT-PRAGŁOWSKA E.: *O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju*. Warszawa: PZWL, 2007.
- KOTRYS K.: *Depresja u kobiet – wybrane aspekty*. „Lekarz” 2004, nr 8–9.
- KULIK T.B.: *Koncepcja zdrowia w medycynie*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. T.B. KULIK, M. LATALSKI. Lublin: Czelej, 2002.
- LEDWOCH M.: *Egzystencjalne aspekty depresji*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 2005.
- LÔO H., GALLARDA T.: *Depresja*. Przeł. M. JAROSIEWICZ. Katowice: Książnica, 1999.
- MOSKALEWICZ B., BALIŃSKA B.: *Zdrowie*. W: *Polityka równości płci. Polska 2007. Raport*. Red. B. CHOŁUJ. Warszawa: UNDP, 2007.
- Narodowy Program Zdrowia 2007–2015*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 2007.
- NEUMANN B., DIETRICH D.: *Depresja nie jest przeznaczeniem*. Przeł. U. POPRAWSKA. Kraków: WAM, 2007.
- OLIÉ J.P., MACHER J.P., COSTA E SILVA J.A.: *Neuroplastyczność. Patofizjologia depresji w nowym ujęciu*. Gdańsk: Via Medica, 2004.
- PRAWECKA M.: *Higiena życia codziennego*. W: *Zdrowie kobiety*. Red. I. ROSZKOWSKI. Warszawa: PZWL, 1983.
- PRESTON J.: *Pokonać depresję*. Przeł. J. BARTOSIK. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.
- RATAJCZAK Z.: *Model zachowania się człowieka wobec własnego zdrowia. Wnioski dla praktyki promocyjnej*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. I. HESZEN-NIEJODEK, Z. RATAJCZAK. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1997.
- RENZETTI C.M., CURRAN D.J.: *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*. Przeł. A. GROMKOWSKA-MEŁOSIK. Warszawa: PWN, 2008.
- SĘK H., CIEŚLAK R.: *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. SĘK, R. CIEŚLAK. Warszawa: PWN, 2006.
- SŁOŃSKA Z.: *Promocja zdrowia – zarys problematyki*. W: *Wypisy z wychowania zdrowotnego*. Cz. 1. Red. W. WRONA-WOLNY, B. MAKOWSKA. Kraków: Akademia Wychowania Fizycznego, 2000.
- SOLOMON A.: *Anatomia depresji. Demon w środku dnia*. Przeł. J. BARTOSIK. Poznań: Zysk i S-ka, 2004.
- SYGIT M.: *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2010.
- SYREK E.: *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2008.
- SZEWczyk T.: *Pedagogika zdrowia*. W: *Pedagogika*. T. 3: *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*. Red. B. ŚLIWERSKI. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2006.
- TOBIASZ-ADAMCZYK B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000.
- WOJTYNIAK B.: *Umieralność kobiet w wieku 15–49 lat*. W: *Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006*. Warszawa: UNDP, 2007.
- WOJTYNIAK B., STOKWISZEWSKI J., GORYŃSKI P., POZNAŃSKA A.: *Długość życia i umieralność ludności Polski*. W: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Red. B. WOJTYNIAK,

- P. GORYŃSKI. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2008.
- WOJTYNIAK B., STOKWISZEWSKI J., SEROKA W.: *Wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej*. W: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Red. B. WOJTYNIAK, P. GORYŃSKI. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, 2008.
- WRIGHT H.N.: *Jak przezwyciężyć zniechęcenie, odrzucenie i chandrę*. Przeł. M. PIETRAS. Kraków: WAM, 2004.
- Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi. Pedagogiczne konteksty badawcze*. Red. J. BULSKA. Kraków: Impuls, 2008.
- ZIELIŃSKA E., NOWICKA W.: *Zdrowie kobiet w Polsce*. W: *Raport. Kongres Kobiet Polskich 2009. Kobiety dla Polski. Polska dla kobiet*. Red. J. PIOTROWSKA, A. GRZYBEK. Warszawa: Fundacja „Feminoteka”, 2009.
- ZORRAQUINO J.C.: *Depresja u dzieci i młodzieży*. Przeł. J. MASŁOŃ. Kraków: eSPe, 2002.

Inne źródła informacji

- CBOS. *Komunikat z badań. Zadowolenie Polaków ze stanu swojego zdrowia w 2010 roku*. Dostępne w Internecie: www.zdrowiepolakow.pl [data dostępu: 20.03.2012].
- KORZENIEWSKA M., NOWAKOWSKA U.: *Zdrowie kobiet*. Dostępne w Internecie: www.cpk.org.pl [data dostępu: 14.01.2012].
- www.mz.gov.pl/npz.pdf [data dostępu: 29.11.2011].
- www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon.1.htm [data dostępu: 19.01.2012].
- Zwiększenie dostępu do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce. Raport Grupy Roboczej na rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej 2010*. Dostępne w Internecie: www.cioz.pl [data dostępu: 14.01.2012].